

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 38

DU TRAITEMENT

DES

PROSTATITES AIGUËS BLENNORRAGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Yves-Jean ETHÈS

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LÉZARDRIEUX (Côtes-du-Nord), le 30 août 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOVIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 38

DU TRAITEMENT
DES
PROSTATITES AIGUËS
BLENNORRAGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Yves-Jean ETHÈS

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LÉZARDRIEUX (Côtes-du-Nord), le 30 août 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale.....	MAURIAC.
id.....	CASSAET.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
id.....	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	LEURET.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

Zoologie et parasitologie.....	MM.
Médecine expérimentale.....	MANDOUL.
Clinique ophtalmologique.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	TEULIÈRES.
Clinique gynécologique.....	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants.....	GUYOT.
Chimie biologique et médicale.....	CRUCHET.
Physique médicale et pharmaceutique.....	DELAUNAY.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	SIGALAS.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	BONNIN.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	PETGES.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	DUVERGEY.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	ABADIE.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	PORTMANN.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	LABAT.
..... Clinique dentaire.....	CREYX.
	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie.....	DUBECQ.
id.....	DUFOUR.
Physiologie.....	FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
Médecine générale.....	N.
id.....	AUBERTIN.
id.....	DAMADE.
id.....	PIÉCHAUD.
id.....	DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales.....	PERRENS.

MM.

Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	JEANNENEY.
id.....	CHARRIER.
id.....	LOUBAT.
Obstétrique.....	PERY.
id.....	RIVIÈRE.
Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Médecine opératoire.....	PAPIN.
Physiologie.....	FABRE.
Accouchements.....	PERY.

MM.

Puériculture.....	FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Ophtalmologie.....	MM.	{	CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			BEAUVIEUX (chargé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			N.
id..... Clinique dentaire.....			GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA MERE — A MON PERE

Nous tenons à leur prouver ici notre
profond amour et notre sincère reconnaissance.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS ET A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE ET COLONIALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR ORAISON

*Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui nous a imprégné de l'esprit de
cette thèse et nous a patiemment et af-
fectueusement conseillé, en respectueux
hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA

Près de qui nous avons toujours
trouvé un accueil touchant de bien-
veillance et de bonté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOURDON

*Directeur honoraire du Service orthopédique à l'Hôpital des Enfants,
Chargé de cours à la Faculté de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY

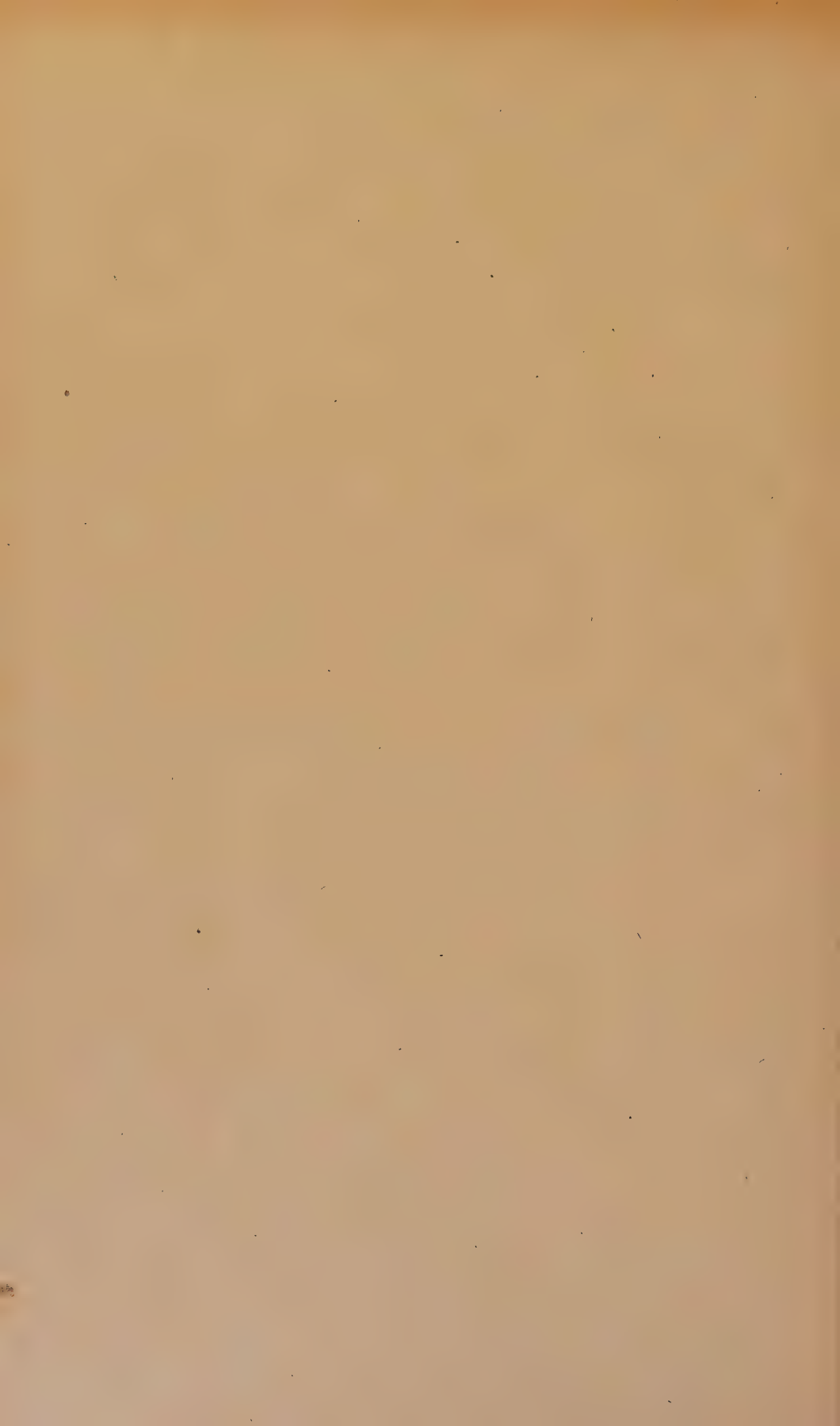
*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Sentiments de respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, c'est avec un peu d'émotion que nous entrons dans une vie nouvelle. Avec regret nous jetons un regard sur nos années passées; années pleines d'insouciance, de joies... de peines. Un souvenir reconnaissant à toutes nos affections.

Nous tenons à prouver notre sincère amitié aux Docteurs Pan, Barbet, Chiozza et Galaup, qui, s'ils n'ont pas participé à toutes nos joies, ont toujours été près de nous aux heures tristes.



DU TRAITEMENT
DES
PROSTATITES AIGÜES
BLENNORRAGIQUES

INTRODUCTION

Le traitement de la prostatite aiguë blennorragique, affection très fréquente, a été magistralement étudié par Segond, en 1880. Tel qu'il a été décrit par cet auteur, il est actuellement adopté et mis en pratique par la majorité des urologistes.

Nous allons tâcher de mettre en valeur le traitement médical par massage de la prostatite suppurée et de la périprostatite. Ce traitement, qui n'est certes pas nouveau, puisqu'il date de plus de vingt-cinq ans, a été et est encore considéré comme pouvant amener des complications graves. Cependant en nous basant sur un certain nombre d'observations, nous espérons bien plaider notre cause.

TRAITEMENT DE LA PROSTATITE A LA PERIODE INFLAMMATOIRE

Nous allons étudier le traitement purement médical, c'est-à-dire antiphlogistique universellement admis, auquel on ajoutera l'électrothérapie et la vaccinothérapie. Ce traitement, curatif à ce stade de l'affection blennorragique, est surtout préventif du stade suppuré.

I. — Traitement antiphlogistique.

Une des précautions à observer est la suspension immédiate de toute manœuvre intra-urétrale, qui ne pourrait que traumatiser la muqueuse et précipiter la suppuration. Il faut tout d'abord observer le repos au lit, on y adjoindra des bains fréquents et prolongés, on donnera des boissons tièdes, abondantes et il faudra assurer l'évacuation régulière de l'intestin par des laxatifs légers ou même par un lavement évacuateur, que l'on fera suivre d'un petit lavement d'environ 200 grammes à 50° destiné à être gardé. On pourra aussi prescrire les suppositoires, soit à l'onguent Napolitain, comme le fait Guyon, soit à l'antipyrine, soit avec : ichtyol, camphre et belladone; on pourra aussi employer la méthode de Reclus, consistant en irrigations très chaudes souvent répétées, amenant une déplétion sanguine toujours utile. Il est indiqué de placer deux sangsues au périnée. Cette thérapeutique possède l'avantage d'être simple. Cependant les résultats obtenus ne sont pas constants, aussi a-t-on cherché à lui substituer d'autres traitements, ainsi que nous allons le voir.

II. — Thérapeutique physique.

Le traitement de la prostatite par les courants à haute fréquence date déjà de plus d'un demi-siècle. Les premières expériences furent faites par Doumer, puis par Albert Weill et de La Querrière. La technique et les résultats de Doumer sont bien étudiés dans la thèse de son élève Pollet.

Il emploie des électrodes de 30 centimètres environ de longueur et de 15 millimètres de diamètre en cuivre, isolées dans un tube de verre. Cette électrode est portée en contact aussi intime que possible avec la prostate par la voie rectale. Les séances d'applications doivent être prolongées jusqu'à guérison complète.

Pollet étend même l'application de cette thérapeutique aux abcès aigus et il insiste surtout sur la disparition rapide de tous les phénomènes douloureux, résultat déjà appréciable.

Albert Weill modifie quelque peu la technique de Doumer et emploie en plus des appareils d'effluviation de l'abdomen et de la verge. Ces résultats, moins nombreux que ceux de Doumer, sont néanmoins concluants.

De La Querrière insiste aussi sur l'action analgésique décongestionnante du procédé.

En 1917, A. et M. Greenberger voient dans la diathermie un agent très satisfaisant du traitement abortif, des abcès de la prostate d'origine gonococcique. Il donne 16 cas de succès sur 19 malades traités. Cette thérapeutique qui compte maintenant plus de trente ans d'existence, ne semble pourtant pas, malgré les résultats heureux signalés par ses novateurs, avoir joui d'une grande vogue en France.

Dans la même revue où Greenberger publia ses résultats, nous trouvons une étude de O. Grant et de J. R. Stites de Louisville, sur l'électrothérapie dans le traitement de la prostatite aiguë. étude d'ailleurs en contradiction absolue avec les conclusions déjà énumérées, puisque ces auteurs

américains ne font l'emploi exclusif des courants de haute fréquence et de la diathermie que dans les prostatites chroniques.

III. — Thérapeutique bactériologique.

Nous allons tout d'abord insister sur deux faits.

1° Cette thérapeutique s'appliquera mieux encore à la période suppurée, parce qu'il sera possible de faire des analyses plus complète du germe en cause, des cultures et même des auto-vaccins.

2° Le gonocoque est trouvé quelquefois comme seul agent de l'inflammation ou de la suppuration, mais plus fréquemment il est associé et il semble que son rôle principal soit surtout de favoriser l'infection secondaire, car il est lui-même assez peu pyogène dans l'intimité des tissus. Le staphylocoque est le plus fréquemment en cause, le streptocoque et le colibacille sont plus rares.

a) *Vaccinothérapie antigonococcique*. — Pour la raison exposée dans les lignes qui précèdent, cette thérapeutique n'a pas donné les résultats qu'on pouvait espérer. Dopter pense que la vaccinothérapie antigonococcique a peu de valeur dans les complications viscérales de la blennorrhagie. A l'étranger, l'opinion est sensiblement la même.

Danilewitch, de Pétrograd, en 1920, dans un article conclut : « La vaccinothérapie dans les affections gonococciques et leurs complications doivent, à la rigueur, être une méthode auxiliaire du traitement. »

b) *Vaccinothérapie antistaphylococcique*. — Elle a donné jusqu'à présent de meilleurs résultats. Legueu et Fauquieu, dans le *Journal d'urologie* de 1923, insiste sur la fréquence de l'infection staphylococcique. Les auteurs ont essayé de nombreux vaccins antigonococciques et antistaphylococciques; leurs conclusions sont formelles :

Le vaccin antigonococcique n'a pas donné de résultat. Le

vaccin antistaphylococcique, à côté de quelques succès complets, a une bien grande proportion d'échecs.

c) D'autres vaccins comme celui de Bruschetti, celui de l'Institut Pasteur, l'auto-vaccin et d'autres, ont été expérimentés à l'hôpital militaire de Bordeaux, ils n'ont donné aucun résultat.

Dans le traitement chirurgical de l'abcès de la prostate, le Professeur Duvergey associe toujours l'auto-vaccin.

d) *Sérothérapie*. — De nombreux sérums antigonococciques ont été expérimentés. Nous ne trouvons que les expériences de Blaizot et celles de Sterian (*Journal d'urologie*, 1921). Ce dernier rapporte 4 cas de prostatites aiguës traitées par un sérum de bouc, préparé par diverses injections d'antigène du pus blennorragique à l'animal. L'auteur a obtenu 2 guérisons. Dans les 2 autres cas l'élément douleur avait disparu.

IV. — Thérapeutique chimique.

Certains auteurs ont préconisé l'arthigon en injection intraveineuse et l'essence de térébenthine; ils estiment que ce traitement, associé au traitement antiphlogistique, hâte la guérison d'une façon notable.

Le traitement par la Gonacrine a, paraît-il, donné d'excellents résultats. A l'hôpital militaire de Bordeaux, les résultats furent peu encourageants.

*
**

En résumé, nous pensons que le traitement antiphlogistique, très simple à appliquer, rationnel, est à employer dans tous les cas.

La vaccinothérapie peut lui être adjointe, mais nous insistons de nouveau sur ce fait qu'elle a plus de valeur à la période suppurée parce qu'il est plus facile de connaître le microbe en cause.

TRAITEMENT DE L'ABCÈS DE LA PROSTATE

Dans ce chapitre, le plus important de notre thèse, nous allons tout d'abord exposer simplement les différents traitements actuellement employés; puis, dans une deuxième partie, nous discuterons les cas auxquels peuvent s'appliquer ces traitements.

1° INTERVENTION PAR LA VOIE PÉRINÉALE.

Employée et conseillée par Colot, Lallemand, cette voie doit sa faveur à Segond et à Dittel.

Citons pour mémoire les ponctions périnéales de Sobh, abandonnées aujourd'hui parce que aveugles et surtout parce qu'elles ne peuvent vider l'abcès qu'incomplètement lorsque celui-ci est cloisonné. Après différents modes d'interventions (incision sur le raphé médian), une seule méthode est aujourd'hui employée. On incise d'un ischion à l'autre, à 2 centimètres en avant de l'anus, d'une façon curviligne. On sectionne jusqu'au bord postérieur du transverse, puis on décolle le rectum; la face postérieure de la glande est alors visible, on la ponctionne au bistouri en détruisant les brides qui la cloisonnent puis on draine la cavité de l'abcès.

Il est bien entendu que, en cas d'abcès folliculaire, on active la maturation et la collection du pus par des lavements chauds et des bains.

Citons le procédé de Desmos : incision prérectale avec cathéter dans l'urètre, la prostate est recherchée avec le doigt et l'on ouvre largement l'urètre prostatique, puis on

draine l'urètre lui-même; pour éviter le passage de l'urine dans les clapiers, la prostate est également drainée. Ce procédé s'applique surtout aux abcès chroniques à répétition.

Enfin le procédé d'Alexander, qui combine la voie urétrale et la voie périnéale, mais qui, de l'avis de son auteur, expose aux fistules périnéales.

Avec le Docteur R. Le Fur nous insistons sur ce fait : qu'il faut toujours associer à l'incision le massage de la prostate qui constitue la base même du traitement des suppurations prostatiques.

2° VOIE RECTALE.

Jusqu'en 1907, Guyon et Guiard préconisaient la ponction rectale, elle n'est plus guère employée. Puis il y eut divers procédés consistant en une incision de l'abcès à travers la paroi rectale, incision faite à l'aveugle, au moyen d'un bistouri ou de ciseaux. Actuellement sans demander des connaissances chirurgicales approfondies, l'intervention par voie rectale est une véritable opération qui se fait sous le contrôle de la vue.

Anesthésie générale, on met le malade dans le décubitus latéral droit, la jambe droite allongée, la gauche repliée; on introduit dans le rectum un spéculum de Trelat ou une valve de Sims. La région prostatite est alors largement mise à découvert. On recherche le point d'incision en évitant les endroits où l'on perçoit des battements artériels. On fait une incision de 2 à 3 centimètres; on introduit le doigt dans la cavité pour détruire les cloisons qui peuvent exister dans la glande. On tamponne la cavité que l'on draine par un gros drain sortant par l'anus. Au préalable, le malade a pris du benzonaphtol à doses fractionnées et des lavements antiseptiques (lavage boricé). Le malade est fortement constipé pendant trois ou quatre jours, puis purgé. A ce moment la mèche est expulsée et n'a plus besoin d'être remplacée, la plaie étant généralement à peu près fermée au bout de ce temps.

3° INTERVENTION PAR VOIE URÉTRALE.

Velpeau disait que le cathétérisme ouvre la collection et que l'abcès s'évacuait; ce procédé, brutal et aveugle, exposant aux fausses routes, a été de nouveau employé sous le contrôle de l'urétroscope, mais la lésion de canaux éjaculateurs étant possible, cette méthode est complètement abandonnée.

Prostatectomie. — Les abcès peuvent exister concomitamment avec l'hypertrophie, il serait difficile de vider la prostate du pus qu'elle contient, les foyers étant, en général, nombreux. D'autre part, l'hypertrophie demande aussi une solution. On ne parvient à ce double objectif qu'en supprimant la glande elle-même par la prostatectomie.

Comme on le voit, c'est un cas particulier dans la cure de l'abcès, aussi nous nous bornerons à citer ce procédé opératoire.

4° TRAITEMENT MÉDICAL DE LA PROSTATITE SUPPURÉE.

Certains auteurs conseillent l'expectative armée, en se basant sur ce fait : qu'un abcès de la prostate évolue dans la plupart des cas spontanément vers l'urètre et dans des cas plus rares vers le rectum, exceptionnellement dans la vessie.

Nous allons maintenant parler du traitement par massage de la prostate, qui ne jouit pas d'une grande faveur auprès des chirurgiens. Il consiste surtout en une expression de la glande suivant le mot de Guépin, par le doigt introduit dans le rectum. Ce doigt éduqué du médecin doit sentir instinctivement le degré de pression qu'il doit appliquer.

Dans les cas où les abcès folliculaires, l'abcès collecté ou la périprostatite se sont ouverts spontanément dans l'urètre, voie d'élimination naturelle, ce qui se produit dans presque tous les cas, le massage doit être régulier, progressif et

suffisamment énergique. Lorsque l'abcès ne s'est pas ouvert spontanément, nous recommandons une grande prudence, mais nous conseillons toujours le massage de la glande qui a pour but d'aider la nature à faire évoluer l'abcès vers la voie urétrale. Ces manœuvres à la portée de tout le monde font le diagnostic et le traitement.

On massera au début tous les jours, puis tous les deux jours et enfin deux fois par semaine seulement.

On peut pratiquer le massage dans le décubitus dorsal ou en position gèneupectorale.

Certains auteurs, comme John Spencer, remplissent, au préalable, la vessie d'un liquide antiseptique; d'autres la laissent vide. Ce qui est indispensable c'est de pratiquer un grand lavage urétrovésical antiseptique une fois le massage pratiqué. On doit continuer les soins jusqu'à guérison complète. On accompagne cette thérapeutique par les antiphlogistiques énumérés dans la première partie de cet ouvrage.

Ce dernier traitement, qui n'a jamais donné d'insuccès dans les cas que nous allons citer, a cependant quelques contre-indications dans lesquelles l'intervention chirurgicale s'impose.

Dans la discussion des traitements chirurgicaux énumérés nous ne citerons que l'incision par voie périnéale et l'incision par rectale. Citons encore pour mémoire uniquement la transvésicale de J.-L. Petit.

DISCUSSION SUR LA VALEUR DES DIFFERENTS TRAITEMENTS

Observations recueillies à l'Hôpital Militaire de Bordeaux.

Depuis dix ans, il y a eu environ 500 cas de prostatites aiguës blennorragiques. Tous ces malades ont été traités, soit par la méthode antiphlogistique s'il s'agissait de prostatites parenchymateuses, soit par le massage dans les prostatites suppurées ainsi que dans les périprostatites.

Une seule opération a eu lieu dans un cas très particulier. Ajoutons que pas une complication n'est survenue.

Nous prendrons comme exemple (toutes les années étant identiques) les observations du 1^{er} novembre 1931 au 1^{er} novembre 1932, soit 42 cas de prostatites blennorragiques, dont 9 parenchymateuses et 33 suppurées.

Parmi ces dernières nous trouvons : 26 prostatites folliculaires, 5 gros abcès collectés et 2 périprostatites. Ces 33 malades, y compris ceux atteints de périprostatite, ont été traités par massage suivant la méthode indiquée. Un des cas de périprostatite a dû subir une prostatectomie, comme nous le verrons par la suite, pour adénomé. Sa prostate, au moment de l'intervention, était d'ailleurs absolument saine.

Tous ces malades sont partis guéris, sans tendance aucune à la prostatite chronique et sans avoir fait la moindre complication.

La durée des massages fut en moyenne de trois semaines à un mois; certains malades furent guéris en quinze jours, d'autres durent attendre cinq semaines. La dysurie et la douleur cessèrent en très peu de jours.

Ce que nous venons de dire pour ces douze mois s'applique aux dix années précédentes, pendant lesquelles, et nous insistons bien sur ce fait, uniquement par le massage, le traitement antiphlogistique et les grands lavages uréthro-vésicaux, il y a eu autant de succès que de cas traités. Le traitement ne dépassant jamais le temps indiqué.

M. le Docteur Oraïson nous dit que depuis vingt années il a eu à traiter environ un millier de prostatites suppurées. Il n'eut à intervenir qu'une seule fois. Tous les autres malades furent traités toujours par la même méthode précédemment indiquée et il n'a pas eu un seul insuccès.

Le Docteur René Le Fur, en 1907 déjà, sur 85 cas de prostatites suppurées, n'intervient chirurgicalement que 5 fois, parmi lesquels il y eut un cas mortel. Les 80 autres malades furent traités médicalement par massage et le résultat fut extrêmement satisfaisant.

Spencer, en 1923, n'enregistre avec cette méthode que des succès.

VALEUR DU MASSAGE DE LA PROSTATE.

Tout d'abord les résultats nous montrent l'efficacité de ce traitement et sont suffisamment probants pour que l'on n'ait pas à insister.

Il est de plus à la portée de tout le monde; en campagne, aux colonies, tout médecin peut le faire. Il ne nécessite pas un milieu chirurgical ni une intervention qui peut ne pas être acceptée par tous les malades. Au point de vue social, elle a une valeur qui n'est pas négligeable.

Nous n'avons pas à entrer ici dans l'étiologie et la pathogénie de la prostatite. Cependant, presque toutes les prostatites surviennent au cours d'une urétrite aiguë, et l'infection se fait par la voie urétrale (très rarement par la voie lymphatique ou sanguine). Donc, en faisant évoluer le pus vers l'urètre on ne risque pas de contaminer ce dernier puisqu'il l'est déjà. De plus l'urètre est la voie d'élimination naturelle de la prostate. Le Professeur Villar disait : « une évolution

heureuse d'une collection suppurée est son ouverture dans une voie naturelle : un abcès appendiculaire s'ouvrant dans le rectum se termine toujours dans les meilleures conditions. »

C'est donc une raison de plus en faveur du massage pour vider les abcès multiples ou la collection par l'urètre. Urètre qui reçoit d'ailleurs dans le plus grand nombre des cas le pus d'un abcès abandonné à lui-même (André). Et nous préférons chasser la collection, ou la diriger vers l'urètre plutôt que d'instituer l'expectative, même armée. Ce traitement d'attente laisse la collection s'ouvrir évidemment dans l'urètre, dans un certain nombre de cas, mais accepte aussi bien l'ouverture dans le rectum ou dans la vessie.

Pour intervenir chirurgicalement, il faut tout d'abord poser le diagnostic de suppuration. Or, il est arrivé d'inciser des prostatites parenchymateuses.

Un autre avantage est de ne courir aucun risque de fistule rectale ou périnéale.

Enfin, nous remarquerons que dans les cas recueillis à l'hôpital militaire, il n'y avait pas 5 abcès collectés et 2 périprostatites contre 26 prostatites folliculaires. Les malades atteints de périprostatites ou d'abcès collectés arrivèrent dans cet état à l'hôpital. Les autres traités par le massage dès leur entrée virent rapidement la purulence diminuer, la dysurie et la douleur cesser en quatre à cinq jours et on a toujours évité la transformation d'abcès folliculaires en abcès collectés, alors que le chirurgien, avant d'inciser, doit tâcher de faire « murir » l'abcès.

Quelles sont les objections faites à cette méthode ?

Elles sont très nombreuses. Tout d'abord on a reproché une évacuation trop lente du pus par un orifice trop étroit. Avec notre technique l'évacuation est surveillée et surtout activée. Et le Professeur André dit même que dans les cas d'ouverture spontanée dans l'urètre, sans interventions ultérieures, la terminaison se fait dans un délai assez court.

On a aussi reproché l'entrée et le séjour de l'urine dans la poche. Segond et Le Dantu, quoique préconisant la voie périnéale, disent ne jamais l'avoir constaté.

L'infection épидidymaire est facilement évitée par les lavages uréthro-vésicaux après, voire même avant et après l'intervention.

Lorsqu'on intervient très tardivement dans un gros abcès collecté, prêt à s'ouvrir dans le rectum, il est évident que le doigt peut entrer dans la poche. M. le Docteur Oraison nous dit que ce fait lui est arrivé à deux reprises, mais que tout rentra dans l'ordre avec une extrême rapidité.

La plus grosse objection que l'on fait à cette méthode est de pouvoir provoquer des fusées purulentes. Fusées que Segond classait en habituelles, rares ou exceptionnelles. Or, il ne faut pas oublier, et c'est à notre avis un point capital, que la thèse de Segond date de 1880, que les travaux de Lister datent de 1875 et qu'ils ne firent leur apparition en France que quelques années plus tard.

Pour soigner la blennorrhagie on employait à ce moment des antiseptiques caustiques. Nos maîtres aiment à nous parler du temps où, après une hystérectomie, on lavait le péritoine avec de petites éponges trempées dans une solution d'acide phénique très concentrée. L'asepsie était très mal connue. Pour sonder un malade, l'opérateur prenait les sondes dans la poche même de son tablier. L'infection était fréquente dans les hôpitaux.

Les urétrites traitées de cette façon donnaient lieu évidemment à des complications multiples et fréquentes, qui, à notre avis, n'étaient certes pas le fait du massage.

Les auteurs des statistiques que nous avons produites n'ont jamais vu de fusées purulentes provoquées par le massage.

Le Professeur Pousson rapporte l'observation d'un malade atteint de prostatite folliculaire incisé précocement par le périnée, qui, sans être soumis à des manœuvres ultérieures, fit quelques jours après l'incision deux collections, l'une

dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la vaginale et le testicule.

On reproche, dans le même ordre d'idée, à la technique que nous défendons de favoriser l'apparition de périprostatites. Entendons-nous tout d'abord sur le terme périprostatite et admettons avec Segond la définition suivante : « Phlegmon se développant dans le tissu cellulaire compris entre le rectum et l'aponévrose prostatopéritonéale et dont la limite supérieure est constituée par le cul-de-sac du péritoine. »

Leur traitement se confond avec celui des abcès, et dans les observations que nous avons citées il n'y a jamais eu d'insuccès mais toujours une évolution vers l'urètre et une terminaison rapide.

Voici d'ailleurs l'observation d'un malade (60 ans) entré à l'hôpital militaire le 1^{er} mai 1932 avec urétrite blennorragique aiguë, orchio-épididymite droite et gros abcès périprostatique. Le malade, depuis quelques années, avait déjà souffert d'une hypertrophie de la prostate. En l'absence du Docteur Oraison, il fut cystostomisé d'urgence le 3 mai pour rétention complète d'urine. A partir de ce moment, le traitement médical de l'infection blennorragique fut institué. L'énorme abcès périprostatique céda rapidement par massage et lors de l'intervention pour adénome, le 12 juillet, il ne restait plus qu'une légère infection gonococcique limitée à l'urètre.

Donc, en présence d'une prostatite folliculaire aiguë, d'un abcès collecté de la prostate, d'une périprostatite, nous instituerons le traitement suivant : grands lavages antiseptiques urétro-vésicaux, traitement antiphlogistique, et expression de la prostate, suffisamment énergique ou douce suivant que le pus s'est fait jour dans l'urètre ou qu'il n'a pas évolué; sauf dans quelques cas très rares où l'intervention chirurgicale est tout indiquée.

Indications déterminant l'intervention chirurgicale.

Quelle voie choisir ?

Ces indications sont très précises. Un mauvais état général du malade ou une rétention complète d'urine, alors qu'il est impossible de passer une sonde, ce qui est rare, et lorsque l'abcès tarde trop à s'ouvrir, nécessitent l'intervention. Nous ne saurions nous baser sur la température, car dans l'infection gonococcique il est fréquent de voir les malades avec une température élevée et un très bon état général.

Quelle voie choisir ? Nous avons déjà éliminé différentes voies d'accès et diverses méthodes (ponctions, etc.), en ne gardant que l'incision rectale sous le contrôle de la vue et la périnéotomie. La question est encore à l'étude et nous n'apporterons certainement aucun fait nouveau.

En faveur de l'incision rectale, quelques auteurs se servent d'arguments de valeur. Elle nécessite des connaissances anatomiques et chirurgicales moindres que la périnéotomie. André et Oraison préconisent cette voie, car la nature, en faisant bomber l'abcès dans le rectum, nous l'indique, et c'est un principe en chirurgie générale d'inciser un abcès là où il pointe. Or il est très rare de le voir apparaître au périnée.

La périnéotomie a beaucoup plus de partisans. Tout d'abord le microbisme intestinal n'intervient pas; quoiqu'il soit certainement plus faible et beaucoup moins virulent que le microbisme du pus de l'abcès. Noguès reproche à l'incision rectale des hémorragies tardives. L'incision après périnéotomie se fait au point déclive et il est possible de faire une irrigation plus grande. Enfin Albarran a constaté que le nombre des fistules rectales était beaucoup plus considérable que les fistules périnéales. D'autres auteurs prétendent le contraire.

*
**

Dans le service du Professeur Duvergey, qui pratique la périnéotomie, les résultats obtenus sont excellents. Voici quelques observations prises au hasard parmi un grand nombre de cas traités, tous d'ailleurs avec succès.

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

X..., 24 ans. Entre à l'hôpital le 24 juin 1931 pour rétention d'urine complète.

Blennorragie depuis le 1^{er} juin. Actuellement prostatite. Institution d'un traitement antiphlogistique.

Périnéotomie le 28 juin.

Exeat le 15 juillet.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

X..., 25 ans. Blennorragie depuis trois semaines.

Entre avec rétention complète d'urine le 17 octobre 1932.

Prostatite. A l'examen, prostate dure.

Opération le 22 octobre.

Exeat le 7 novembre.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

X..., 24 ans. Entre le 17 avril 1928 avec rétention complète. Urétrite blennorragique depuis deux mois. Prostate molle, rénitente.

Périnéotomie le 18 avril.

Exeat le 24 mai.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

X..., 23 ans. Entre le 18 avril 1932. Rétention incomplète d'urine.
Prostate dure, puis rémittente. Blennorragie depuis un mois.
Périnéotomie le 25 avril.
Exeat le 14 mai.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

X..., 26 ans. Entre le 26 mai 1932 avec difficulté à la miction.
Blennorragie depuis un mois et demi.
Prostate grosse et dure.
Périnéotomie le 29 mai; pas de pus, mais tissu lardacé.
Exeat le 18 juin.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

X... Entre le 22 octobre 1932.
Rétention incomplète. Blennorragie depuis deux mois.
Prostate molle sur cadre dur.
Périnéotomie le 23 octobre.
Exeat le 25 novembre.

CONCLUSIONS

I. — Dans la prostatite parenchymateuse, on instituera le traitement antiphlogistique, auquel on pourra adjoindre la vaccinothérapie.

II. — Dans la prostatite suppurée, en cas d'abcès folliculaires, d'abcès collecté ou de périprostatite, on fera des grands lavages uréthro-vésicaux, un traitement antiphlogistique et des massages de la glande; expression suffisamment énergique si le pus s'est fait jour dans l'urètre, massage prudent et doux si l'abcès ne s'est pas encore ouvert.

On pourra y adjoindre des auto-vaccins.

III. — En cas de mauvais état général et de rétention d'urine complète avec impossibilité de sonder le malade, l'intervention chirurgicale s'impose.

Vu: *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABARRAN. — De l'intervention chirurgicale dans les abcès de la prostate. Congrès d'Urologie, 1907.
- ANDRÉ. — Suppurations de la prostate. Congrès d'Urologie, 1907.
- AUBRY. — Valeur du massage prostatique. Thèse Paris, 1899.
- AVERSENQ. — Phlegmon périprostatique. *Journal d'urologie*, 1927.
- BARRINGER. — *Journal d'urologie*, 1922.
- BLANC. — A propos de deux cas d'abcès primitif de la prostate. *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 1927.
- BLANQUINQUE. — Thèse Paris, 1902.
- DAVESNES. — Du massage de la prostate. Thèse Paris, 1908.
- DELGADO. — *Cron. Med. Linc.* January 1930.
- DOUMER. — Electrothérapie en urologie. Congrès Paris, 1900.
- FLEURY. — Thèse Bordeaux, 1905.
- GEMENIAKO. — Lésions inflammatoires de la prostate. *Journal d'urologie*, 1931.
- GOUTTO. — Société de chirurgie du Chili. Octobre 1927.
- GOYET. — Réflexions sur quelques cas d'abcès prostatique. *Journal d'urologie*, 1920.
- GRANT. — *Urologic et cutaneous Review*.
- GREGG (O. R.). — Abscess of prostat. Oklahoma. Feb. 1930.
- GREENBERGER. — *Journal d'urologie*, 1927.
- HERMAN et CARP. — Abcès prostatique. *Annal of Surgery*. Philadelphie, 1825.
- LANNOLLE. — Thèse Paris, 1902.
- LA QUERRIÈRE. — *Bulletin de la Société d'électrothérapie*, 1909.
- LAVENANT. — Traitement des prostatites aiguës. *Journal français*, 1927.
- LE FUR (R.). — *Journal d'urologie*, 1907.

- LE GUEU. — Abscès de prostate. *Progrès médical*, 1924.
- LOIS. — Abscesses of prostata. Santiago de Chili, juillet 1924.
- MINET. — Suppurations prostatiques et traitement. Thèse Paris, 1909.
- MINDER. — Zeitsche Urologie. Leipzig, janvier 1928.
- ORAISON. — *Journal d'urologie*, 1907.
- POLLET. — Courants de haute fréquence dans la prostatite. *Journal d'électrothérapie*, 1905.
- SPENCER. — Massage de la prostate. *Urologic et cutaneous Review*, juin 1922.
- SEGOND. — Thèse Paris, 1880.
- STEVENS. — *Journal d'urologie*, juin 1920.
- STITES. — *Urologic et cutaneous Review*, 1920.
- WEILL. — Courants de haute fréquence en urologie. *Progrès médical*, 1903.

